

# Молба за получаване на помощи

## Въпроси и Отговори

Ако се нуждате от помощ при прочитането на този текст, моля обърнете се към секретарката за съдействие.



Помощ чрез предоставяне на парични средства в брой



Подпомагане с хранителни стоки



Медицински помощи



Основна помощ за нетрудоспособни лица



Грижи в дом за стари хора или програми за хора нуждаещи се в постоянни медицински и санитарно-хигиенни грижи

### Хора помагат един на друг

#### B. O. Как да кандидатствам за помощи?

Лесно е - просто попълнете молбата. Отбележете квадратчето в началото на страница 2, ако се нуждате от помощ при попълването на този формулар. Моментът, в който ще започнете да получавате помощи, зависи от датата на подаване на молбата. Ако кандидатствате от името на някой друг, попълнете формулара с информация, отнасяща се до този човек. На нас са ни необходими поне Вашето име, адрес и подпис на страница 2, за да дадем ход на молбата и страници 3 и 4, за да завърши процеса на кандидатстване. Ако нямаете адрес, моля информирайте за това секретарката при подаването на молбата, така че ние да разберем как да се свържем с Вас. Можете да подадете формулара при секретарката или да го изпратите по пощата, адресиран до местния клон на общинската служба за социални услуги (Community Services Office - CSO). Ако кандидатствате за дългосрочни помощи/услуги, моля изпратете формулара на местната общинска служба за социални услуги. Няма да има нужда от явяване на интервю, ако кандидатствате само за медицински помощи.

#### B. O. Кога ще започна да получавам помощите?

Ако имате право да получавате подпомагане с пари в брой, Вашите помощи ще започнат в деня, когато ние получим цялата информация, необходима, за да решим, че отговаряте на условията. Ако имате право да получавате подпомагане с хранителни продукти, то размерът на Вашите помощи обикновено зависи от датата, в която получим молбата. При определяне на начална дата за получаване на медицински помощи важи датата, в която получим молбата и медицинската програма, на чито условия отговаряте. Вие може да поискате съдействие за плащане на някои миними медицински сметки.

#### B. O. Какво да правя, ако се нуждая от подпомагане с хранителни продукти още сега?

В допълнение към името, адреса и подписа, попълнете раздел 19 и го занесете на секретарката още сега. Ако не се намирате в местен клон, можете да изпратите тази молба по пощата или да я занесете в клона.

Възможно е да получите подпомагане с хранителни стоки пет (5) дни след датата на подаване на молбата, ако:

- Покажете свидетелство за самоличност **и**
- Вашето домакинство е с много нисък доход или средства, **или**
- Доходите и средствата на Вашето домакинство не са достатъчни, за да покрият месечните Ви разноски за наем и комунални услуги, **или**
- Вашето домакинство включва беден преселник или сезонен селскостопански работник.

Важна информация за Имigrantския статут (Immigration Status) и Номерата на социалното осигуряване (Social Security Numbers)

- Можете да кандидатствате за помощи за част от членовете на Вашето семейство даже ако някои от тях нямат право на такива поради имигрантския си статут. Щатът Вашингтон има няколко медицински програми за лица без номер на социално осигуряване или документ, удостоверяващ имигрантския статут.
- Ако се нуждате от пари в брой или подпомагане с хранителни стоки, трябва да предоставите номера на социално осигуряване или имигрантския статут само на лицата, които кандидатстват. Въпреки това, можете да предоставите Вашия номер за социално осигуряване по собствена воля и ние ще го използваме само за да проверим необходимата информация за определяне дали отговаряте на условията, например Вашия доход. Ако предпочитате да не разкривате Вашия номер на социално осигуряване или имигрантски статут, доходът и средствата Ви пак ще трябва да бъдат проверени, ако възникне необходимост да се определи дали отговаряте на условията.

Министерството на земеделието на САЩ (USDA) забранява дискриминацията по расов признак, цвет на кожата, пол, религиозни убеждения, национален произход или политически убеждения във всички свои програми и дейности. Инвалиди, които се нуждаят от алтернативни средства за комуникация с цел да получат информация за програмите (брайово писмо, едър шрифт, аудиозапис, и т.н.) трябва да се свържат с центъра TARGET на Министерството на земеделието на САЩ (USDA) на тел. (202) 720 – 2600 (гласов и с телекомуникационно устройство за хора с увреден слух -TDD). Ако желаете да подадете оплакване за дискриминация, пишете на адрес: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410, или позвъните на телефон (202) 720-5964 (гласов и TDD). USDA спазва политиката на предоставяне на равни права при предоставянето на услуги и наемане на персонал.



## **МОЛБА ЗА ПОЛУЧАВАНЕ НА ПОМОЩИ**

**Ако се нуждате от съдействие при попълването на този формулар,  
моля маркирайте това квадратче и го занесете на секретарката.**

**FOR OFFICE USE ONLY**

|                  |  |                        |
|------------------|--|------------------------|
| ИМЕ НА КАНДИДАТА | НОМЕР НА СОЦИАЛНАТА ОСИГУРОВКА<br>(SOCIAL SECURITY NUMBER) | ЛИЧЕН НОМЕР НА КЛИЕНТА |
|------------------|--|------------------------|

## I. Обща информация

1. Всички лица, от чието име кандидатствам, живеят в щата Вашингтон:  Да  Не Ако да, от (посочете дата): \_\_\_\_\_
2. Аз или друг член на моето домакинство е спонсориран постоянно пребиваващ чужденец (sponsored alien)  Да  Не
3. Член на домакинството е временно извън дома:  Да  Не Ако да, кой (посочете): \_\_\_\_\_
4. Аз или друг член на моето домакинство е ветеран или намиращ се на издръжка на ветеран или е съпруг/съпруга на ветеран (жив или починал):  Да  Не
5. Аз живея в:  Моя собствена къща или  Малък дом за стари хора нуждаещи се от грижи  Дом за група болни хора или хора нарушили закона (Group Home)  
 Заведение (посочете вида му): \_\_\_\_\_  Друго: \_\_\_\_\_
6. Аз съм:  Несемеен  Семеен  Разведен  Разделен със съпруг(а) без развод:  Овдовял

## II. Информация за медицински и здравни застраховки

Аз или ние (отметнете съответното квадратче):

1. Имам(е) здравословни проблеми, които не ми (ни) позволяват да работя (работим). . . . .  Да  Не
2. Имаме неплатени медицински сметки . . . . .  Да  Не
3. Имам(е) нужда от помощ за неплатени медицински сметки за някой от последните три (3) месеца . . . . .  Да  Не
4. Планирам да вляза, в момента съм или скоро напуснах медицинско заведение (например, болница или) . . . . .  Да  Не
5. Притежавам здравна застраховка (включително Tricare или застраховка за дългосрочно лечение) . . . . .  Да  Не
6. Притежавам Medicare (ЗАБЕЛЕЖКА: Различно от медицински купони) . . . . .  Да  Не
7. Прекарах злополука, довела до необходимост от медицинско лечение . . . . .  Да  Не

## III. Източници

**Не се изисква да попълвате този раздел, ако кандидатствате САМО за Детски здравни помощи (Children's Medical) или Помощи при бременност (Pregnancy Medical).**

В допълнение на описаните долу точки другите възможни ресурси включват пари в брой, пари, държани от други лица, договори за продажба, добитък, реколта и офисоборудване.

1. Аз, моят(а) съпруг(а) или лицето, от чието име кандидатствам, притежава следните средства:  Да  Не Ако да, моля посочете ги долу:

| ВИД СРЕДСТВО?  | НА КОГО ПРИНДАЛЕЖАТ СРЕДСТВАТА? | КЪДЕ СЕ НАМИРАТ СРЕДСТВАТА? (НАПР., ИМЕ НА БАНКА) | СУМА ИЛИ СТОЙНОСТ | НА КОГО ПРИНДАЛЕЖАТ СРЕДСТВАТА? | КЪДЕ СЕ НАМИРАТ СРЕДСТВАТА? (НАПР., ИМЕ НА БАНКА) | СУМА ИЛИ СТОЙНОСТ |
|--|---------------------------------|---|-------------------|---------------------------------|---|-------------------|
| Разплащателна(и) сметка(и)   |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Спестовна(и) или кредитна(и) сметка(и) във взаимоспомагателни каси (credit union account(s)) |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Срочни влогове (CD) или депозитни сметки на паричния пазар (money market account(s))         |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Пари, оставени под попечителство (trust), или анонтийт (годишна рента)                       |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Акции, облигации или участие в инвестиционни фондове   |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Пенсионен фонд или лична пенсионна сметка (Individual Retirement Account, IRA)               |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Средства за погребение, планове или парцели  |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Застраховка живот  |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Собственост  |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Друго:   |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |
| Друго:   |                                 |   | \$                |                                 |   | \$                |

2. Аз, моят(а) съпруг(а) или лицето, от чието име кандидатствам е продал, изтъргувал, подарил или превел средства през последните пет (5) години (включва прехвърляне в тръстове или имоти в плодоподзване)  Да  Не Ако да, какво: \_\_\_\_\_ Кога: \_\_\_\_\_

3. Аз или лицето, от чието име кандидатствам, притежава следните превозни средства (включително камиони, лекотоварни автомобили, , плавателни съдове и каравани):

| ГОДИНА (НАПРИМЕР, 1980) | МАРКА (НАПРИМЕР, FORD) | МОДЕЛ (НАПРИМЕР, ESCORT) | ПОД НАЕМ ЛИ Е ВЗЕТО ПРЕВОДЗНОТО СРЕДСТВО?               | АЗ (НИЕ) ИЗПОЛЗВАМЕ ТОВА МПС ЗА МЕДИЦИНСКИ ЦЕЛИ         | АЗ (НИЕ) ВСЕ ОЩЕ НЕ СМЕ ИЗПЛАТИЛИ ТОВА МПС              |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|---|---|---|
|                         |                        |                          | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не |
|                         |                        |                          | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не |

#### IV. Доход

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1. Аз, моят(а) съпруг(а) или лицето, от чието име кандидатствам, притежава доход:  |  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не    Ако "да", моля попълнете този раздел:   |
| ИМЕ И ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР НА РАБОТОДАТЕЛЯ  |  | ЗАРАБОТЕНА БРУТНА СУМА (В ДОЛАРИ, ПРЕДИ ОБЛАГАНЕТО С ДАНЪЦИ)<br>\$ _____ всеки: <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Седмица <input type="checkbox"/> Две седмици<br><br><input type="checkbox"/> Два пъти на месец <input type="checkbox"/> Месец    Часове седмично: _____<br><br>Дати за изплащане на заплати (напр., на 1-во и 15-то число, или всеки петък): _____ |
| Фирмата, в която работите, Ваша собственост ли е? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не<br>Кой заработка доходите: |  |  |
| ИМЕ И ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР НА РАБОТОДАТЕЛЯ  |  | ЗАРАБОТЕНА БРУТНА СУМА (В ДОЛАРИ, ПРЕДИ ОБЛАГАНЕТО С ДАНЪЦИ)<br>\$ _____ всеки: <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Седмица <input type="checkbox"/> Две седмици<br><br><input type="checkbox"/> Два пъти на месец <input type="checkbox"/> Месец    Часове седмично: _____<br><br>Дати за изплащане на заплати (напр., на 1-во и 15-то число, или всеки петък): _____ |
| Фирмата, в която работите, Ваша собственост ли е? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не<br>Кой заработка доходите: |  |  |

2. Аз, моят(а) съпруг(а) или лицето, от чието име кандидатствам, напусна работата си през последните 60 дни.  Да     Не

| 3. ДРУГИ ДОХОДИ   | КОЙ ПОЛУЧАВА СРЕДСТВАТА? | БРУТНА МЕСЕЧНА СУМА | КОЙ ПОЛУЧАВА СРЕДСТВАТА? | БРУТНА МЕСЕЧНА СУМА |
|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| Помощи за безработни  |                          | \$                  |                          | \$                  |
| Социална осигуровка   |                          | \$                  |                          | \$                  |
| Допълнителен гарантиран доход (SSI)                                     |                          | \$                  |                          | \$                  |
| Издръжка за дете или съпруг(а)  |                          | \$                  |                          | \$                  |
| Пенсии  |                          | \$                  |                          | \$                  |
| Помощи и други услуги за ветерани или военни                            |                          | \$                  |                          | \$                  |
| Компенсация при злополука на работно място или доходи от застраховки    |                          | \$                  |                          | \$                  |
| Пари, оставени под попечителство (trusts) или анонитети (годишни ренти) |                          | \$                  |                          | \$                  |
| Друго:  |                          | \$                  |                          | \$                  |

#### V. Месечни разноски

| НАЕМ | ИПОТЕКА | НАЕМНА ПЛОЩ | ЗАСТРАХОВКА ЗА СОБСТВЕНИЦИ НА ЖИЛИЩА | ДАНЪЦИ ЗА ИМОТИ | ОЦЕНКА/НАЛОГ НА ИМОТИ |
|------|---------|-------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| \$   | \$      | \$          | \$                                   | \$              | \$                    |

Комунални услуги (отбележете всичко, което е приложимо за Вас)  Ток (не отопление)  Телефон  Отопление (газ, електричество, нафта)  Вода, канализация, отпадъци

Друго лице или агенция ми помагат да заплатя жилищните си разходите изцяло или частично:  Да     Не

Ако да, то кой: \_\_\_\_\_ Кой разход: \_\_\_\_\_ Сумата, която те покриват: \$ \_\_\_\_\_

Аз (ние) заплащам или се очаква да заплатим (отбележете това, което отговаря):

|   |                  |            |
|---|------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Грижа за децата или зависими от мен (нас) лица | Месечна сума: \$ | Кой плаща: |
| <input type="checkbox"/> Грижа за децата                                | Месечна сума: \$ | Кой плаща: |
| <input type="checkbox"/> Медицински сметки                              | Месечна сума: \$ | Кой плаща: |

#### ДЕКЛАРАЦИЯ И ПОДПИС

Заявявам, че съм прочел(а) информацията за моите права и задължения (или тя е ми е била обяснена) и съм получил(а) копие от "Права и задължения на клиента" (Client Rights and Responsibilities), DSHS 14-113(X). Задължавам се да информирам за всички настъпващи промени, според изискванията на Министерството. Задължавам се да предоставя доказателство, че отговарям на условията. DSHS може да ми помогне да се сдобия с такова доказателство или да се свърже с други лица или агенции, за да го издейства. Получавайки "Временна помощ за нуждаещи се семейства" (TANF) или здравни помощи, аз възлагам на щата Вашингтон определени права, свързани с получаването на детски издържки или суми от медицински застраховки. Заявявам осъзнавайки, че лъжесвидетелството е наказуемо, че информацията, предоставена от мен в този формуляр е вярна, правилна и пълна, доколкото ми е известно. Осъзнавам, че нося отговорност по наказателния кодекс, ако получа пари в брой, хранителни стоки или медицинско съдействие, без да имам право на това, след като доброволно направя фалшиво показание или нарочно скрия информация, която е необходимо да предоставя. Само кандидатстващият трябва да се разпише, ако подава молба за помощ с хранителни стоки. Ако молбата е за получаване на помощи чрез пари в брой или медицински помощи, всички пълнолетни членове на домакинството трябва да се подпишат.

|                                    |      |  |      |
|------------------------------------|------|--|------|
| ПОДПИС НА КАНДИДАТА                | ДАТА | ПОДПИС НА АСИСТЕНТ НА КАНДИДАТА ИЛИ НЕГОВ ПРЕДСТАВИТЕЛ   | ДАТА |
| ПОДПИС НА ДРУГ ПЪЛНОЛЕТЕН КАНДИДАТ | ДАТА | ПОДПИС НА СВИДЕТЕЛ, АКО ДОКУМЕНТЪТ Е ПОДПИСАН С "X" ДАТА | ДАТА |